**Pakiet 2 załącznik 2**

 **Inkubator Zamknięty do intensywnej opieki szt 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Parametry ogólne** | **Wymagane** | **Podać** |
| 2 | Spełnia wymagania „CE”, nr certyfikatu | Tak  |   |
| 3 | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce | Tak  |   |
| 4 | **Kopuła inkubatora** |
| 5 | Wygodny dostęp do wnętrza z 4 stron | Tak  |   |
| 6 | Odchylana przednia i tylna ścianka  | Tak  |   |
| 7 | Drzwiczki z cichym zamkiem z 4 stron inkubatora | Tak  |   |
| 8 | Wymiary materacyka: szerokość przynajmniej 34cm, długość przynajmniej 70 cm | Tak  |   |
| 9 | Otwory – uszczelnione przepusty w wyjmowanymi uszczelkami do wprowadzania rur respiratora, cewników i przewodów monitorowania, przynajmniej 10 niezależnych otworów z uszczelkami | Tak  |   |
| 10 | Podwójne ścianki  | Tak  |   |
| 11 | Możliwość wyjęcia dziecka z inkubatora bez odłączania przewodów i drenów | Tak  |   |
| 12 | Hałas we wnętrzu <47 dB | Tak  |   |
| 13 | Przystosowany do zdjęć rentgenowskich – kaseta z rtg wkładana do szuflady pod materacykiem bez dotykania dziecka. Szuflada wyposażona w podziałkę ułatwiającą pozycjonowanie kasety. | Tak  |   |
| 14 | Materacyk wysuwany poza obrys kopuły inkubatora | Tak  |   |
| 15 | Płynna regulacja nachylenia materacyka przynajmniej +/- 120 | Tak  |   |
| 16 | Nachylenie materacyka realizowane poza przedziałem pacjenta, pokrętła regulacji nachylenia materacyka po bokach inkubatora | Tak  |   |
| 17 | **Podstawa** |
| 18 | Na kółkach z hamulcami i elektryczną regulacją wysokości | Tak  |   |
| 19 | Wygodne uchwyty do przemieszczania inkubatora | Tak  |   |
| 20 | **Regulacja temperatury** |
| 21 | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury powietrza | Tak  |   |
| 22 | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka | Tak  |   |
| 23 | Zakres regulacji temperatury powietrza min. 200-390C | Tak  |   |
| 24 | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka min. 34-38oC | Tak  |   |
| 25 | Zabezpieczenie przez przypadkowym nastawieniem temperatury powietrza i skóry >37° | Tak  |   |
| 26 | Możliwość jednoczesnego pomiaru dwóch temperatur skóry  | Tak  |   |
| 27 | Jednoczesne wyświetlanie obydwu zmierzonych temperatur pacjenta | Tak  |   |
| 28 | Ekran trendów dla porównania zmian na jednym wykresie temperatury centralnej i obwodowej | Tak  |   |
| 29 | W komplecie 20 jednorazowych czujników temperatury skóry i 50 plasterków do mocowania czujnika | Tak  |   |
| 30 | Tryb kangurowania – zliczający czas kangurowania, oraz automatycznie utrzymujący stabilne środowisko pod kopułą w czasie nieobecności pacjenta | Tak  |   |
| 31 | **Nawilżanie powietrza** |
| 32 | Bezpieczny nawilżacz: zbiornik, komora parownika oraz przewód doprowadzenia pary do przedziału pacjenta w całości demontowane bez użycia narzędzi, w celu sterylizacji  | Tak  |   |
| 33 | Automatyczne utrzymywanie zadanej wilgotności powietrza, w zakresie min. 30-95% programowane co 1% | Tak  |   |
| 34 | Świetlny i dźwiękowy alarm braku wody | Tak  |   |
| 32 | **System kontroli kondensacji** |
| 33 | Wbudowany w inkubator system gromadzenia skroplin | Tak  |   |
| 34 | Zewnętrzny zbiornik z filtrem  | Tak  |   |
| 35 | **Tlenoterapia** |
| 39 | Inkubator wyposażony w serwosystem sterowania stężeniem tlenu pod kopułą | Tak  |   |
| 40 | Programowanie stężenia tlenu pod kopułą w zakresie min. 21-65% programowane co 1% | Tak  |   |
| 41 | Świetlny i dźwiękowy alarm niskiego i wysokiego stężenia | Tak  |   |
| 42 | **Wbudowana waga** |
| 43 | Pomiar masy ciała pacjentów w zakresie min od 300 do 7000g | Tak  |   |
| 44 | Rozdzielczość wyświetlania masy ciała – min.10g | Tak  |   |
| 45 | **Wyposażenie** |
| 46 | Wieszak na giętkim ramieniu do mocowania rur respiratora/CPAP wewnątrz inkubatora przymocowany do tacy materacyka – podczas wysuwania materacyka wyjeżdża razem z nim | Tak  |   |
| 47 | Kołderka/osłona inkubatora przystosowana do prowadzenia fototerapii | Tak  |   |
| 48 | Min. 1 szafka na akcesoria | Tak |  |
| 49 | Wysięgnik na kroplówki zintegrowany z inkubatorem | Tak  |   |
| 50 | Półka na monitor zintegrowana z inkubatorem | Tak  |   |
| 51 | **Układy alarmowe** |
| 52 | Sygnalizacja świetlna pozwalająca łatwo odróżnić alarmujący inkubator z większej odległości | Tak  |   |
| 53 | Jednoznaczna informacja o przyczynie alarmu, podać sposób realizacji | Tak  |   |
| 54 | Komunikaty tekstowe po polsku opisujące przyczynę alarmu | Tak  |   |
| 55 | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku temperatury powietrza i skóry | Tak  |   |
| 56 | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku stężenia tlenu | Tak  |   |
| 57 | Alarmy techniczne sygnalizujące uszkodzenie lub odłączenie | Tak  |   |
| **Warunki gwarancji** |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt.25-36 miesięcy- 10 pkt.37 i więcej miesięcy – 20 pkt. podać |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak podać |  |
| 10. |  Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** |
| 1 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie(sprzęt)spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów
i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych

..........................................................

*podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*